

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL INFORME AUDITORÍA SIG CÓDIGO: SDS-ESC-FT-012 V.5</p>	<p>Elaborado por: Rocío Zabala Revisado por: Olga Lucia Vargas Cobos. Aprobado por: Olga Lucia Vargas Cobos</p>	
<p>Proceso y/o Subsistema: Inspección Vigilancia y Control</p>			
<p>Líder y/o Responsable del Proceso y/o Subsistema: Sandra Charry, Elizabeth Coy</p>			
<p>Auditor Líder: Luz Juliethe Oyuela M</p>			
<p>Auditor (es): N/A</p>			
<p>Fecha de Ejecución Auditoría: Agosto de 2019</p>			
<p>ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE AUDITORÍA</p>			
<p>OBJETIVO: Evaluar la conformidad del proceso de Inspección, Vigilancia y Control respecto a los requisitos de la norma ISO 9001:2015, los lineamientos, directrices y políticas establecidas por la SDS (Secretaría Distrital de Salud), los requisitos legales y reglamentarios aplicables, así mismo evaluar la eficacia de las acciones para abordar los riesgos identificados en el proceso.</p>			
<p>ALCANCE: Se realiza auditoría al proceso de IVC dentro de lo definido en la caracterización del proceso. El periodo a evaluar fue de Julio 2018 a Julio 2019</p>			
<p>CRITERIOS: Norma ISO9001:2015</p>			
<p>SDS-IVC-CAR-001 Caracterización de proceso Inspección Vigilancia y Control (IVC)</p>			
<p>LIMITACIONES: Dentro de las limitaciones se encontró que el gestor del proceso de IVC de prestadores, realizaba la ejecución del plan de mejoramiento de la auditoría del proceso de Calidad de Servicios en Salud, razón por la cual se retrasó la ejecución de la presente auditoría.</p>			
<p>METODOLOGÍA UTILIZADA: la auditoría se realiza mediante la metodología propuesta en la NTC 19011:2018, realización de Auditorías revisión documental y entrevistas personales.</p>			
<p>NUMERAL DE LA ISO 9001: 2015</p>	<p>DESCRIPCIÓN (Describir los aspectos que son objeto de mejora y/o No conformidad en orden descendente).</p>	<p>CONFORME</p>	<p>NO CONFORME</p>
<p>4 - 4.1</p>	<p>Se evidencia que el proceso analizó su contexto utilizando la metodología de análisis DOFA, ubicada en el aplicativo Isolución en la ruta: http://sdsolucion/IsolucionCalidad/RiesgosDafp/frmCatalogoDofaDafp.aspx?IdDofa=MTAOMA==&ver=1, actualizada en el mes de mayo 2019. Los líderes de proceso encargados identifican las fortalezas y debilidades del proceso, reconociendo que el hacer del proceso corresponde a la normatividad vigente.</p>	<p>x</p>	
<p>4.2.</p>	<p>Se evidencia que el proceso realizó la matriz de partes interesadas dentro de la documentación entregada en la caracterización del proceso. Algunas de las partes interesadas identificadas se encuentran: propietarios de los establecimientos objeto de inspección, Subredes Integradas de Servicios de Salud, EPS, Prestadores de servicios de salud (EXT), Entidades de orden Distrital y Nacional (SDA, INS, INVIMA, MinSalud, entre otros); de los cuales se identifican sus necesidades, y expectativas de acuerdo con cada producto del proceso y evalúan los requisitos a cumplir por la organización en el mismo. Se evidencia última revisión en Mayo de 2019.</p>	<p>x</p>	
<p>4.4.1</p>	<p>Se demuestra que el proceso realizó la definición de sus entradas y salidas a partir de la caracterización del proceso que se encuentra en el aplicativo Isolución en la ruta: http://sdsolucion/IsolucionCalidad/Administracion/frmFrameSet.aspx?Ruta=Li4vRnJhbWVVTZXRBcnRpY3Vsby5hc3A/UGFnaW5hPUJhbmNvQ29ub2NpbWlbnRvNFNEUy8wLzBhZGFkNjkwYjFmYTQ1NzliMDkzYjYxM2UzODZjMmFjLzBhZGFkNjkwYjFmYTQ1NzliMDkzYjYxM2UzODZjMmFjLmFzcCZJREFSVEIDVUxPPTQyOTU1, la misma ha sido revisada el 6 de Junio de 2019. Dentro del documento se detallan además la interacción con otros procesos, sus recursos y se encuentran los link para el análisis y evaluación de los riesgos del mismo.</p>	<p>x</p>	

4.4.2	Se encuentra información documentada del proceso como SDS-IVC-PR-001"Procedimiento verificación del sistema único de habilitación", SDS-IVC-INS-002 Instructivo verificación de las condiciones del sistema único de habilitación, SDS-IVC-PR-036 Visitas de Verificación, entre otros, sin embargo no se evidencia en la documentación, los criterios documentados para la planificación de las visitas de habilitación (diferentes a los criterios del marco legal), herramienta utilizada para dicha programación (cantidad de sedes de habilitación para una razón social, carga de trabajo de acuerdo con los meses del año teniendo en cuenta el resultado de los años anteriores, recurso humano entre otros).		x
6.1	Se evidencia que el proceso definió los riesgos y controles incluidos dentro del mapa de riesgos actualizado en la presente vigencia.	x	
6.2	El proceso estableció las metas para el cumplimiento de los objetivos del proceso, evidenciados a partir de la formulación del POA y su alineación con SEGPLAN.	x	
6.3	En los cambios identificados por el proceso de acuerdo a la Resolución 482 de 2018, se evidencia que el proceso realizó el aprovisionamiento de los cambios normativos establecidos de acuerdo a la norma de habilitación; el proceso evidencia la realización de reuniones en donde se verifica por acta el desarrollo y programación de actividades puntuales.	x	
7.1	El proceso define los recursos necesarios para la ejecución del proyecto de inversión de acuerdo a sus necesidades de contratación; el proceso define la medición y control del POA y SEGPLAN como su recurso de medición para la verificación de la conformidad de los servicios suministrados, de igual manera cuenta con un mecanismo de transferencia de conocimiento de la organización, teniendo como base los funcionarios de planta y contratistas más antiguos en la organización.	x	
7.2	Se evidencia que el proceso realiza acciones de entrenamiento al personal para la ejecución de sus tareas e incremento de sus competencias, se encuentran registros de capacitación del 4 de Octubre y 29 de noviembre de 2018, además de la presentación utilizada para dicha actividad que incluye temas como: generalidades del área plataforma estratégica, proceso, estructura organizacional, estructura del proceso IVC general, estructura de la dependencia, funciones, (decreto 780) resolución 2003, visitas previas, seguridad del paciente, farmacovigilancia, tecnovigilancia, reactivovigilancia, bioseguridad, estándares de infraestructura, manejo de residuos, PAMEC. Con respecto a la subdirección de inspección-vigilancia y control, Se explican los procedimientos, de los trámites, licencias, visitas. En cuanto al Sistema unico de habilitación, dec 780 de 2016, criterios de suficiencia, informe de visitas, tipos de visitas, sanciones, investigaciones, medidas de seguridad, incluye utilización de ISOLUCION para el acceso a la documentación y Reporte de actos de corrupción. Sin embargo, no se demuestra la evaluación de la eficacia de las mismas.		x
7.5.	Se evidencia que en el desarrollo para el otorgamiento de la licencia en seguridad y salud en el trabajo y en el punto de atención al usuario, los funcionarios no poseen los permisos para el acceso a la información documentada para la ejecución de sus actividades, información disponible como los procedimientos, instructivos y demás requerido para esta labor.		x
7.5.	El Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas PSPIC 2019 es actualizado anualmente junto con otros documentos técnicos, uno de ellos relacionado con la Gestión de la Salud Pública (GSP) que describe los procesos transversales (Gobernanza, Vigilancia en Salud Pública, Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud), estos documentos incluyen fichas técnicas, instructivos y formatos requeridos según la especificidad de los procesos y procedimientos que deben adelantar las subredes que realizan actividades de inspección, vigilancia, control y visitas recurrentes en cada subred. Los documentos que son utilizados para estas actividades se encuentran publicados en el portal de la SDS, en la dirección http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Salud_Urbana.aspx , para uso colectivo.	x	

8,1	Se evidencia que el proceso realiza una planeación acorde con las metas planteadas por el proyecto de inversión 7523. A partir de la gestión realizada por las subredes se alimenta el Sistema de información SIVIGILA, que permite evidenciar el cumplimiento de los objetivos planteados en las diferentes metas.	x	
8.2	Se evidencia que el proceso identifica los requisitos de los productos de acuerdo con los instructivos del proceso en cada trámite y con los instrumentos definidos de acuerdo con cada visita. El proceso define los requisitos de sus productos y los informa al cliente a partir de la plataforma de trámites SUIT que es de libre acceso para los ciudadanos, se evidencia revisión de dichos requisitos de acuerdo con los cambios de la normatividad vigente. Se cuenta con un lineamiento de Cambio climático en el que se evidencian las acciones que se deben realizar para la ejecución de la gestión, de igual manera se cuenta con instrumentos para la realización del seguimiento a las visitas de control.	x	
8.2.1	Se encuentra definido el diagrama de comunicación, publicado en la pagina web, determinado para la implementación organizada de acciones propias de vigilancia en salud pública a nivel distrital y territorial tendientes a mitigar, controlar y prevenir eventos y condiciones que impliquen riesgos para la salud de la población en el Distrito Capital, mediante el desarrollo de un esquema organizado para la respuesta en las urgencias y emergencias con impacto en salud pública.	x	
8.4	El proceso cuenta con contratistas a los cuales se les realiza un seguimiento al cumplimiento por medio de los informes mensuales; se les comunican los requisitos de los servicios a prestar a partir de las jornadas de entrenamiento, sin embargo, no se evidencia el seguimiento del desempeño a la evaluación y reevaluación, basándose en su capacidad para proporcionar procesos, productos y servicios de acuerdo con los requisitos.		x
8.5.	El proceso ejecuta controles durante la prestación de sus servicios y la realización de sus productos como auditoría a carpetas de verificación de sistema único de habilitación, de Licenciamiento en Seguridad y Salud en el Trabajo, del mismo modo se evidencia la forma de identificar las salidas intermedias del proceso con el fin de controlar la trazabilidad de la información por medio del archivo temporal en el Licenciamiento en Seguridad y Salud en el Trabajo.	x	
8.5.1	Se evidencian controles realizados para la liberación de los productos y servicios suministrados por el proceso. Se cuenta con un sistema de información SIVIGILIA, por el cual se realiza el control de calidad y de ejecución de las visitas programadas.	x	
8.6	Se evidencia la implementación del instructivo SDS-IVC-INS-003 para la auditoría de carpetas de verificación del Sistema Único de Habilitación, de acuerdo a los controles definidos para la liberación de los productos, en el procedimiento SDS-IVC-PR-001 Verificación del sistema único de habilitación, y otros servicios suministrados por el proceso de IVC de Prestadores de Servicios de Salud.	x	
8.7	Se evidencia la realización de reportes trimestrales de las salidas No Conformes en el proceso. En el reporte del II trimestre con corte a 30 de Junio de 2019, se evidencian 194 salidas no conformes y 51 en Julio, relacionadas con el cumplimiento del tiempo de entrega de las licencias de Seguridad y Salud en el Trabajo; generada por falta de recurso humano. Durante el Primer Trimestre se generaron 28 salidas no conformes y una acción correctiva generada igualmente por la falta de recurso humano, en ambos casos se evidencia acciones para la corrección. De acuerdo con el lineamiento SDS-PYC-LN-006 V.6 CONTROL DE LA SALIDAS NO CONFORMES, si la salida no conforme se registra en el trimestre en tres periodos consecutivos frente al mismo atributo, se registra una acción correctiva en el aplicativo de gestión documental.	x	

9.1	Se evidencia que el proceso realiza seguimiento y medición de sus resultados, así como de la satisfacción del cliente con respecto a uno de sus trámites, no se encuentran evidencias de medición de satisfacción del cliente a partir de otras partes interesadas, el proceso realiza análisis y evaluación del mismo, no se han tomado acciones dado que los resultados se encuentran dentro de lo esperado. Los informes de percepción se encuentran en O:\Subsecretaria Corporativa\Direccion de Planeación Institucional y Calidad\Informacion\EGPD -2019\SEGUNDO TRIMESTRE\PERCEPCION DEL CLIENTE\IVC\PSS y O:\Subsecretaria Corporativa\Direccion de Planeación Institucional y Calidad\Informacion\EGPD -2019\SEGUNDO TRIMESTRE \PERCEPCION DEL CLIENTE\IVC\SP	x	
9.2	Se evidencia la ejecución de auditorías al proceso, así como la elaboración de los planes acción de acuerdo con los hallazgos de auditoría mediante las Acciones #1891y #1824; sin embargo no se evidencia seguimientos, tratamiento, control ni compromiso a las acciones planteadas a la mitigación de los hallazgos levantados para la mejora del proceso.		x
10.	Durante el desarrollo de la auditoría se evidencian acciones de mejora implementadas por el proceso, sin embargo no se encuentra información documentada como evidencia de las acciones y los resultados, excepto para aquellas no conformidades detectadas por auditoría.		x

ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS

(Es una parte integral para la administración del riesgo. Es un proceso iterativo de mejora continua con el fin de: 2 a) asegurar que el sistema de gestión de la calidad pueda lograr sus resultados previstos; b) aumentar los efectos deseables; c) prevenir o reducir efectos no deseados; d) lograr la mejora. ISO 9001:2015

En la visita de campo realizada el día 28 de agosto de 2019, se evidenció que los criterios para la planificación de las visitas de habilitación según la Resolución 2003 del 2014, no se encuentran documentadas dentro del procedimiento establecido (SDS-IVC-PR-036 Visitas de Verificación), incumpliendo lo solicitado en el numeral 4.4.2 la organización debe mantener la información documentada para apoyar la operación de los procesos de la norma ISO9001-2015

No se evidencia la evaluación de la eficacia de las acciones que toma el proceso, como actividades de inducción, reinducción y/o entrenamiento en puesto de trabajo, para asegurarse que su personal adquiera la competencia necesaria, lo que contraviene en lo solicitado en el numeral 7.2(C); la organización debe, cuando sea aplicable, tomar acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas en la norma ISO9001-2015

Se evidenció que en el desarrollo para el otorgamiento de la licencia en seguridad y salud en el trabajo y en el punto de atención al usuario, los funcionarios no poseen los permisos para el acceso a la información documentada (ISOLUCION) para la ejecución de sus actividades, incumpliendo con el aseguramiento y disponibilidad de la información documentada, donde y cuando se necesite, según lo requerido por el numeral 7.5.3.1 (a) de la Norma ISO 9001:2015.

No se evidencia la reevaluación de los proveedores externos (contratistas), basándose en la capacidad para proporcionar su servicio de acuerdo con los requisitos definidos, incumpliendo lo requerido en el numeral 8.4.1. de la nora ISO 9001:2015 "la organización debe determinar y aplicar criterios para la evaluación, la selección, el seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos basándose en su capacidad para proporcionar procesos o productos y servicios de acuerdo con los requisitos"

Se evidencia la realización de auditorías a cobro coactivo en donde se generó un hallazgo y una acción correctiva derivada de una auditoría transversal a TIC; no se evidencia tratamiento frente a las acciones levantadas y su plan de mejoramiento de acuerdo con lo definido en el Lineamiento SDS-PYC-LN-005 V.5 Acciones Correctivas. Para Abordar Riesgos y Oportunidades de Mejora.

Durante el desarrollo de la auditoría se evidencian acciones de mejora implementadas por el proceso, sin embargo no se encuentra registros como evidencia de las acciones y los resultados de evaluación a la eficacia de las mismas, incumpliendo lo solicitado en la Norma ISO 9001:2015 numeral 10.2.2. La organización debe conservar información documentada como evidencia de la naturaleza de las no conformidades y cualquier acción tomada posteriormente, los resultados de cualquier acción correctiva.

CONCLUSIONES

(Describir los aspectos positivos y el alcance relevante de las no conformidades).

